

SAVE ネット (ID-Link) 使用申請書

(以下の QR コードもしくは当院 HP の地域連携>医療関係者の方 から使用規約等の確認が可能です。)

医療機関名

代表者名 (役職)

医療機関コード

医療機関住所

電話番号

/ FAX 番号

連絡担当者

メールアドレス

(上記メールアドレスに ID-Link の利用証明書、ID/パスワードを送付させていただきます)

地域医療連携ネットワークサービス ID-Link サービス利用約款と SAVE ネット使用規約を

確認した

はい



ID-Link 利用のため日本電気株式会社への医療機関情報登録に同意する

はい

ご記入いただけましたら 地域医療連携センター宛(FAX:052-856-0049)送付ください

お問い合わせ先：052-991-8145 (西部医療センター 地域医療連携センター)